



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Diagnozowanie problemów emisji głosu

Author: Anna Guzy

Citation style: Guzy Anna. (2012). Diagnozowanie problemów emisji głosu. W: K. Węsierska (red.), "Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej. T. 1" (s. 153-168). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Anna Guzy

Diagnozowanie problemów emisji głosu

Identyfikacja problemów emisji głosu stanowi jeden z elementów skutecznej profilaktyki logopedycznej. Ważne jest, aby jak najszybciej zdiagnozować ilość i jakość ewentualnych nieдомogów głosowych w celu wdrożenia odpowiednich środków zaradczych.

Uwagi wstępne

Prezentowany autorski *Arkusze diagnozy problemów emisji głosu* to narzędzie, służące do określenia aktualnych możliwości głosowych badanego. Arkusz jest pomocny w diagnozowaniu problemów i określeniu dysfunkcji związanych z postawą ciała podczas mówienia, ze sposobem oddychania, artykulacją oraz głosowym wykonaniem tekstu. Może być wykorzystywany w programowaniu ewentualnej terapii. Jest modyfikacją dostępnych narzędzi diagnostycznych, został uzupełniony własnymi propozycjami i jest obecnie w fazie eksperymentalnej. Za pomocą arkusza diagnozowane są zarówno osoby dorosłe, jak i dzieci. Do tej pory arkusz został przetestowany na blisko 100 osobach. Przedstawiona tu wersja zawiera wprowadzone dotychczas modyfikacje.

Struktura *Arkusza*

Arkusz składa się z różnorodnych zadań, należących do ośmiu sfer, którymi są: samoocena, postawa, artykulacja, rezonans, prozodia, oddychanie, motoryka aparatu artykulacyjnego, głosowe przedstawienie tekstu.

Sfera pierwsza — samoocena — dotyczy takich aspektów, jak: męczliwość podczas mówienia, kłopoty z oddychaniem, trudności głosowe, ból podczas mówienia. Badany określa również, czy jego barwa głosu jest dla niego przyjemna.

W sferze drugiej oceniana jest postawa badanego (zarówno siedząca, jak i stojąca), ponieważ pozycja podczas mówienia i nawyki z nią związane mają ogromny wpływ na jakość mowy. W ocenie zarówno pozycji siedzącej, jak i stojącej zwraca się uwagę na: usztywnienie ciała, pozycję głowy, rozłożenie ciężaru ciała, układ kręgosłupa, ułożenie nóg, ramion, a także mowę ciała (mimikę, gesty).

Zadania sfery trzeciej służą do określenia możliwości badanego podczas wymawiania prostych wyrazów, wyrazów trudniejszych, następnie artykulacji zdań, wymowy łańcuchów, poprawnej wymowy samogłosek ustnych oraz nosowych, opozycji głosek dźwięczna — bezdźwięczna, stosowania uproszczeń grup spółgłoskowych. Podczas analizy tej sfery można również stwierdzić, czy badany ma wady wymowy (jąkanie, seplenienie itp.).

W sferze czwartej sprawdzane jest wytwarzanie odpowiedniego rezonansu, ze szczególnym uwzględnieniem rezonansu głowowego.

Sfera piąta diagnozuje sprawność badanego związaną z prozodią. Analizowane są tutaj: umiejętności poprawnego akcentowania, zachowywanie odpowiedniego tempa podczas mówienia, stosowanie w mowie znaków interpunkcyjnych oraz ich odpowiednie intonowanie.

Strefa szósta, związana z prawidłowym oddychaniem, jest jedną z ważniejszych w ocenie poprawnej emisji głosu, ponieważ optymalne oddychanie jest fundamentem wzorcowej emisji głosu. Analizowane są tutaj: oddychanie w spoczynku, oddychanie dynamiczne, długość fazy wydechu, drogi poboru powietrza, ilość pobieranego powietrza, jakość oddechu, tor oddechowy. Sprawdza się również, czy u badanego występuje nosowanie.

W kolejnej sferze analizuje się funkcjonowanie aparatu artykulacyjnego, w tym w szczególności: warg, języka, podniebienia miękkiego, żuchwy oraz zębów.

Ostatnia sfera ma na celu określenie umiejętności głosowego przedstawienia tekstu przez badanego. Oceniane są tutaj: tempo mówienia, nastawienie głosu, siła głosu, dykcja, modulacja, mimika oraz natężenie głosu.

Sposób przeprowadzania badania

Arkusz jest przeznaczony do badania indywidualnego. Badanie należy prowadzić z bezpośrednim udziałem dziecka bądź osoby dorosłej. Zaleca się, aby badaniu nie towarzyszyły osoby trzecie, chyba że badany lepiej współpracuje w ich obecności. Badający powinien siedzieć naprzeciwko pacjenta, ponieważ taka pozycja zapewni mu optymalną obserwację.

Ułatwieniem dla badającego może być zarejestrowanie przebiegu badania na nośniku audio-wideo. Gdy takie działanie będzie możliwe, pacjent musi być dobrze widoczny na nagraniu, szczególnie górna część jego ciała i twarz. Podczas oceny pozycji stojącej i siedzącej konieczne będzie chociaż częściowe nagranie całej sylwetki badanego. Dodatkową diagnostyczną funkcją nagrania będzie możliwość porównania go z badaniem przeprowadzonym po ewentualnej terapii. Czas badania wynosi około 15–20 minut. Do arkusza diagnozy jest załączona karta, na której znajduje się zestaw wyrazów oraz zdań, które będą wykorzystywane w badaniu. W przypadku badania młodszych dzieci (takich, które nie potrafią jeszcze płynnie czytać) zestawem wyrazów dysponuje badający, a zadaniem pacjenta jest powtarzanie ich zgodnie z sugestiami prowadzącego diagnozę.

Zaproponowane w arkuszu zadania ocenia się za pomocą 5-stopniowej skali¹ (od 0 do 4: 0 — zaburzenie nie występuje, 1 — niewielki stopień zaburzenia, 2 — umiarkowany stopień zaburzenia, 3 — silny stopień zaburzenia, 4 — bardzo silny stopień zaburzenia). W arkuszu uwzględniono również dodatkową rubrykę, w której można notować uwagi, obserwacje w trakcie diagnozy. Wypełnienie tej rubryki może być początkowo trudne, można ją uzupełnić po badaniu, jeśli udało się zarejestrować je za pomocą nośnika audio-wideo. Dodatkową komplikację może stanowić samo poruszanie się po arkuszu, ponieważ niektóre elementy, tj. oddychanie czy postawa, są oceniane podczas całego badania, co utrudnia skupienie się na aktualnie badanej strefie. Wszystkie te problemy znikną, gdy badający nabierze wprawy i pozna dokładniej arkusz. Przelicznik punktowy od 0 do 4 ma charakter jedynie szacunkowy i ma podawać przybliżony wskaźnik występowania bądź niewystępowania danego problemu. W przypadku gdy badany wykonał polecenie lepiej niż zakłada wzorzec, należy zanotować swoje spostrzeżenia w rubryce „Uwagi”.

¹ Inspiracją do budowy niektórych elementów arkusza oraz pomysłu 5-stopniowej skali była *Skala dyzartrii. Wersja dla dzieci*. Por. MIRECKA, GUSTAW, 2006.

Badanie szczegółowe

Arkusze w aktualnym kształcie jest przeznaczony do diagnozowania problemów emisyjnych i dykcyjnych osób dorosłych, szczególnie tych, którzy chcą zawodowo zajmować się głosem. Może być ponadto zastosowany wobec dzieci, po dostosowaniu zaproponowanych przykładów do ich możliwości percepcyjnych. Arkuszem badano uczniów w szkole podstawowej (byli to uczestnicy zajęć teatralnych), a także licealistów.

W zależności od tego, czy pacjentem jest osoba dorosła czy dziecko, oraz od tego, jaki jest cel diagnozy, proponuję przeprowadzić zmodyfikowany wywiad ogólny, podczas którego zbiera się informacje na temat²:

- ewentualnego badania foniatrycznego lub/i laryngologicznego, któremu poddawał się badany (ewentualny opis dostrzeżonych przez lekarza zaburzeń),
- stosowanych leków,
- nawyków podczas mówienia, a w przypadku dorosłych dodatkowo pytamy o:
 - rodzaj wykonywanej pracy,
 - charakter mówienia (do jakiej liczby osób — jak długo: ile godzin dziennie, tygodniowo, czy stosowane są elementy nagłaśniające),
 - warunki pracy (akustyka pomieszczenia, stres, warunki atmosferyczne),
 - nałogi (papierosy, używki),
 - stosowanie leków (np. hormonalnych).

Do karty wywiadu ogólnego w części pierwszej wpisujemy wszystkie spostrzeżenia i uwagi, które mogą być pomocne podczas diagnozowania pacjenta.

Po wywiadzie ogólnym następuje badanie szczegółowe. Pierwszym jego etapem jest samoocena dokonywana przez pacjenta. Na samym początku badany może opowiedzieć coś o sobie, aby dalsze etapy postępowania diagnostycznego były dla niego mniej stresujące. Następnie diagnozowany ocenia kilka elementów związanych ze swoim głosem: czy lubi swój głos, czy męczy się podczas mówienia, czy odczuwa kłopoty z oddychaniem, ból, ewentualnie inne trudności głosowe. Samoocena jest bardzo ważnym elementem diagnozy — z jednej strony pokazuje świadomość badanego, z drugiej może być elementem motywacji do późniejszych ćwiczeń swojego głosu.

² Opracowanie własne na podstawie uwag innych badaczy, por. WALENCIK-TOPILKO, 2010.

Następnym czynnikiem, który podlega ocenie, jest postawa. Nieprawidłowa postawa ciała podczas mówienia, zbytnie napięcia czy usztywnienia powodują, że napięta jest również krtąń, a głos wydobywa się z dużym trudem. Analizując postawę ciała, badający zwraca uwagę na:

- usztywnienie ciała (nadmierne napięcie ciała, zaciskanie pięści),
- nadmierne unoszenie brody do góry, co powoduje, że głos nie jest kierowany do słuchaczy, tylko w górę, a dodatkowo nieprawidłowa pozycja głowy potęguje napięcia w krtani,
- nadmierne opuszczanie brody w kierunku szyi, co sprawia, że głos jest kierowany w dół, w kierunku podłogi,
- zbalansowanie — równomierne rozłożenie ciężaru ciała, stabilne stanie na obu nogach (najlepiej w lekkim rozkroku), a w postawie siedzącej również układ nóg oraz ich kontakt z podłożem,
- układ kręgosłupa — czy badany nie garbi się, nie wypycha brzucha, klatki piersiowej, czy też nadmiernie się nie prostuje,
- mowę ciała — grymasy twarzy, dodatkowe gesty czy ruchy.

W kolejnej badanej sferze ocenia się możliwości artykulacyjne badanego³. W tym celu badany odczytuje proste wyrazy jednosylabowe, tj. *ar, akr, bór, bój, cal, maj*, następnie dwusylabowe: *mama, tata, bada, buda, zupa*, potem wyrazy wielosylabowe, np. *komórkowy, telewizor, nagrywać*. Dla dorosłych oraz uczniów, którzy oceniają swoje możliwości głosowe, aby brać udział w zajęciach muzycznych czy aktorskich, proponuję dodatkowo zestaw trudniejszych wyrazów: *wyrewolwerowany, rozentuzjasmowany, zindywidualizowany, najwydestylowaniuchniejszy*.

Kolejnym etapem badania jest ocena jakości artykulacji zdań:

*Bartosz poszedł na ryby.
Kunszt to wielki robić takie muszelki.
Kształt sześcianu jest bardzo ciekawy.*

W tej sferze określa się również poprawną artykulację samogłosek. Badający powinien zwrócić szczególną uwagę na otwarcie pionowe jamy ustnej przy A, O, U oraz w poziomie E, I, Y, a także zachowywanie odpowiednich proporcji podczas ich wymawiania, tj. A — największe otwarcie, O — otwarcie pośrednie między A oraz U, U — otwarcie najmniejsze. Badany odczytuje samogłoski w izolacji, a następnie w zdaniach, które są dobierane w taki sposób, aby samogłoski występowały z dużą frekwencją, zarówno w nagłosie, śródgłosie, jak i wygłosie, np.

³ Propozycje wyrazów są częściowo zaczerpnięte z: WALCZAK-DELEŻYŃSKA, 2001.

*Apetyczny aeroplan atakował Adama.
Akceptując akacyjny afekt.
Obietnica oleodruku owocowała.*

W poprawnej artykulacji ważne jest również odpowiednie wypowiedzianie opozycji głosek: dźwięczna — bezdźwięczna. W celu sprawdzenia tej umiejętności badany odczytuje wybrane pary wyrazów, np.:

*buty — budy,
grupa — gruba,
pas — bas,
banderka — panterka.*

W kolejnym zadaniu związanym z artykulacją określa się ogólną tendencję badanego do stosowania uproszczeń grup spółgłoskowych. Badający proponuje, aby pacjent odczytał wyrazy, w których można dokonać rozmaitych uproszczeń, np.:

Wstrzymać się, tłukł, jabłko, sześćset, trzmiel.

Dwa końcowe zadania proponuję przeprowadzać w szczególności z tymi osobami, które dokonują diagnozy, aby dalej pracować nad swoimi już wysokimi możliwościami głosowymi, tj. z nauczycielami, aktorami, śpiewakami czy uzdolnionymi aktorsko uczniami. Na początku badający prosi o odczytanie kolejno zestawu wyrazów. Ich artykulacja ma pokazać, jak badany realizuje samogłoski nosowe *ę*, *ą* w różnych otoczeniach i pozycjach:

- *ą* na końcu wyrazu (prawidłowo wymawia się z pełną nosowością); badany odczytuje następujące wyrazy: *bramą, biorą, całują, koszą, znają, żoną, tatą*,
- *ę* na końcu wyrazu (prawidłowo wymawia się jako ustne *e* lub z lekką nosowością); badany zostaje poproszony o odczytanie wyrazów: *biorę, trę, gwizdę*,
- *ę* i *ą* w śródgłosie przed szczelinowymi twardymi *f, v, s, z, sz, rz, ch* (prawidłowo wymawia się z pełną nosowością); pacjent odczytuje wyrazy: *fąfel, wąwóz, wziąwszy, począwszy, ująwszy*.
- *ę* i *ą* przed szczelinowymi miękkimi *ś, ź* (prawidłowo wymawia się z lekko zmniejszoną nosowością); badany odczytuje wybrane wyrazy, np. *gęś, więzić*,
- *ę* i *ą* przed spółgłoskami zwarto-wybuchowymi *p, b, p', b', t, d, k, g, k', g'* (prawidłowo wymawia się jako ustne *o, e, a*, następnie dodaje się spół-

głoskę nosową: *om, on, em, en*); badany odczytuje następujące wyrazy: *DĄB* (domb), *ZĘBY* (zemby),

- *ę* i *ą* przed spółgłoskami zwarto-szczelinowymi *c, dz, ć, dż, ć* (mają dwuelementową wymowę: wymawia się je jako *en, eń, en* <dziaśłowe> lub *on, oń, on* <dziaśłowe>, samogłoski ustne w tych grupach mają artykulację ustną); badany zostaje poproszony o odczytanie wyrazów, np. *chcąc* (chconc), *ręce* (rence), *urządzać* (urzondzać),
- *ę* i *ą* przed spółgłoskami otwartymi *l, ł* (wymawiamy jak *o, e*), diagnozowany zostaje poproszony o odczytanie wybranych wyrazów: *wziął* (wzioł), *spięła* (spieła).

Ostatnim zadaniem, które pomaga określić możliwości artykulacyjne badanego, jest odczytanie przezeń wybranych łamańców dykcyjnych (zdań, które mogą sprawić duże trudności artykulacyjne):

W dżdżysty zmierzch strzegła go w trzcinie szczwana szczeżuja.

Nie marszcz czoła.

Jola lojalna. Jola nielojalna.

W kolejnej sferze ocenia się rezonans głowowy, który w dużej mierze jest odpowiedzialny za poprawną, pełną emisję głosu. W tym celu badany nabiera powietrze i na wydechu wykonuje mruczanekę: wypowiada *mmmmmmmm* (mruczenie mormorando). Następnie sprawdza się występowanie drgań: w części głowowej, na skrzydełkach nosa, nad górną wargą oraz w policzkach.

Kolejną analizowaną sferą jest oddychanie. Jak już wspomniałam, prawidłowy, ustabilizowany, rytmiczny oddech jest fundamentem prawidłowej emisji głosu, dlatego bardzo ważne będzie określenie wszystkich możliwych nieomówionych w tym zakresie. Oddech badanego ocenia się od początku badania, w tym również w części poświęconej wywiadowi ogólnemu oraz samoocenie. W tej części badający zwraca uwagę na:

- drogi poboru powietrza (podczas oddychania statycznego powietrze powinno być pobierane przez nos, natomiast podczas dynamicznego zarówno przez nos, jak i przez usta),
- umiejętność dysponowanie powietrzem,
- długość wydechu podczas emisji *s* oraz serii *s*,
- jakość oddechu (bezgłośny, szybki),
- tor oddechowy (piersiowy — ruch ramion do góry, jak również widoczny ruch klatki piersiowej, brzuszny — ruchy brzucha i dolnej części żeber, brak ruchów ramion oraz klatki piersiowej, całościowy — praca tłoczni brzusznej, rozszerzenie dolnej części żeber, jak również delikatny ruch klatki piersiowej),

- ewentualne występowanie nosowania — do badania wykorzystuje się lusterko, które należy przyłożyć do nosa badanego, gdy ten wypowiada na jednym wydechu ciąg: *tatatatatata*; jeśli lusterko pozostanie czyste, oznacza to, że nosowanie nie występuje; przyczyną nosowania, które znacznie obniża jakość i czystość głosu może być skrzywienie przegrody nosowych lub zmiana anatomiczna; można również sprawdzić, czy badany odpowiednio artykułuje głoski nosowe; badany wypowiada ciąg *mamamama* — w tym przypadku lusterko powinno być zaparowane.

Następnie badający ocenia sprawność aparatu artykulacyjnego, pracę warg (obserwuje, czy badany zmienia kształt warg i dostosowuje go do wypowiadanej głoski), języka, podniebienia miękkiego podczas emisji serii *a*. Ocenia również, czy u badanego występuje szczękoscisk (proponuję wykonywać ocenę szczękoscisku u starszych dzieci, a w szczególności u osób dorosłych). Badanie dobrze jest wykonywać przed lustrem, w którym widoczna jest twarz badanego, następnie należy odszukać staw skroniowo-żuchwowy, kolejno wolno opuszczać żuchwę, aż do momentu uczucia przeskoku czy dyskomfortu. Gdy to nastąpi, badający sprawdza, czy pomiędzy zębami pacjenta jest przestrzeń, w której zmieszczą się w poziomie dwa palce (przy otwarciu na jeden palec mamy do czynienia z silnym szczękosciskiem, natomiast przy 1,5 ze słabym). Otwarcie na więcej niż dwa palce może wystąpić u osób zawodowo zajmujących się głosem. To zbyt szerokie otwarcie sprawia, że w nieefektywny sposób dysponujemy powietrzem.

W siódmej badanej sferze następuje ocena prozodii. Sfera ta będzie miała duży wpływ na jakość wykonywania zadań w kolejnym obszarze — głosowym przedstawieniu tekstu. Badany odczytuje wyrazy, które realizują poszczególne zasady akcentowania w języku polskim:

- *szklanka, muza, okulary* (zwyczajowy akcent na drugą sylabę od końca),
- *graliśmy, wykonaliście* (czasowniki w 1. i 2. osobie liczby mnogiej czasu przeszłego, akcent na trzecią sylabę od końca),
- *narysowałbym, przekonałbyś* (formy trybu warunkowego w liczbie pojedynczej oraz 3. osoba liczby mnogiej również na trzeciej sylabie od końca),
- *podziwialibyśmy, namalowalibyście* (czasowniki w 1. lub 2. osobie trybu warunkowego)⁴,
- *botanika, cybernetyka* (zapożyczenia z łaciny zakończone na *-yka, -ika* akcentujemy na trzeciej sylabie od końca),

⁴ Zgodnie z zasadami zawartymi w *Słowniku poprawnej polszczyzny* akcentowanie paroksytoniczne (na drugiej sylabie od końca) omówionych form czasowników jest dopuszczalne, por. MARKOWSKI, red., 2002: 1613.

- *siedemset, czterystu* (akcent liczebników złożonych zawierających cząstkę *-kroć, -set, -sta* na trzeciej sylabie od końca).

Następnie, na podstawie czytanego przez diagnozowanego fragmentu tekstu, ocenia się, czy utrzymuje właściwe tempo podczas mówienia (czy nie mówi zbyt szybko lub zbyt wolno), jak również czy stosuje w mowie znaki interpunkcyjne (kropka — słyszalna dłuższa przerwa; przecinek, średnik — przerwa krótsza) odpowiednią intonację (rosnącą przy znaku zapytania, opadającą przy wykrzykniku itp.).

W kolejnym zadaniu z tej sfery badający sprawdza, czy badany potrafi odpowiednio zaakcentować wyróżnione w tekście elementy. Prosi o odczytanie zdań, w których głosowo należy wyróżnić poszczególne części.

Kasia ma książkę.
*Kasia **ma** książkę.*
*Kasia ma **książkę**.*

Ostatnią badaną sferą jest ocena jakości czytania tekstu przez pacjenta. W zależności od celu diagnozy, należy dobrać stosowny tekst (wiersz, proza, fragment instrukcji itp.). Podczas wykonywania tego zadania badający zwraca uwagę na:

- nastawienie głosu (twarde, miękkie, chuchające, czy nie występują widoczne napięcia w krtani),
- siłę głosu (czy badany mówi wystarczająco głośno, czy zmienia siłę głosu stosownie do wypowiedzanych kwestii),
- natężenie głosu (czy nie jest zbyt słabe lub zbyt silne),
- jakość głosu (czy nie jest zbyt słaby, czy nie występuje chrypka albo bezgłos),
- modulację głosu (czy głosem oddaje charakter czytanego tekstu),
- mimikę i gesty (czy współgrają z prezentowanymi treściami),
- dykcję (czy słowa są wypowiedzane starannie).

Jak interpretować wyniki?

Przy interpretacji wyników należy brać pod uwagę zarówno wyniki punktowe, jak i notatki zawarte w rubryce „Uwagi”. Zebrane dane pomogą w ustaleniu jakości emisji głosu badanego. Z jednej strony pozwolą odpowiedzieć na pytanie, w których sferach związanych z emi-

sją głosu badany popełnił najwięcej błędów (uzyskał najmniej punktów), z drugiej zaś pozwolą stwierdzić, czy emisja głosu badanego jest poprawna, ewentualnie czy badany ma możliwości głosowe ponadprzeciętne. W przypadku określenia problemów emisji głosu należy zwrócić uwagę na to, których sfer braki dotyczą i jakie jest ich natężenie (nie wielkie czy znaczne).

Dane uzyskane w kategorii „samoocena” warto skonfrontować z realnymi możliwościami i umiejętnościami badanego. Jeśli nie zgłasza on trudności głosowych, potwierdzenia tego stanu należy szukać w badaniu, natomiast jeśli zauważa liczne problemy związane z mówieniem, poszukuje się w arkuszu ewentualnych przyczyn tych zaburzeń. Staramy się określić, których sfer dotyczą przede wszystkim.

Zaburzenia artykulacji mogą być spowodowane słabą pracą aparatu artykulacyjnego i w przypadku tego typu problemów należy zacząć od ćwiczeń tej właśnie sfery. Na nieprawidłowe brzmienia głosek częściowo może wpływać nieprawidłowy rezonans. Gdy u badanego rezonans głowowy był zbyt słaby, należy zaproponować ćwiczenia z tego zakresu.

Problemy z oddychaniem, odpowiednim dysponowaniem powietrzem mogą się przełożyć na niemal wszystkie badane sfery, podobnie jak nieprawidłowa pozycja podczas mówienia.

Elementy związane z prozodią, odpowiednim czytaniem łamańców, realizacją nosówek oraz wzorów akcentowania warto korygować dopiero wtedy, gdy u pacjenta nie występują trudności z oddechem oraz artykulacją (gdy sprawnie działa aparat mowy), a postawa ciała nie utrudnia poprawnego mówienia. Zadania w tych sferach zrealizowane na niskim poziomie nie świadczą o występowaniu patologii, lecz pokazują jedynie, że badany nie ma predyspozycji do wykonywania zawodu, który wymaga wysokiej sprawności i jakości głosu.

Terapia

Po skrupulatnym wypełnieniu arkusza badający jest w stanie dokładnie ocenić każdą z badanych sfer, powiedzieć, jakiego typu braki dostrzega u badanego i które zadania wykonane były najsłabiej.

Po dokonaniu diagnozy należy dobrać stosowny dla badanego zestaw ćwiczeń. Na początku powinno się ćwiczyć jedną, maksymalnie dwie sfery,

z którymi był problem. Należy zadbać o odpowiednią motywację na bieżąco modyfikować proponowane ćwiczenia.

Gdy diagnoza była dokonywana w grupie osób, które później ćwiczą wspólnie, na zajęciach powinno się dobierać różnorodne ćwiczenia, ze szczególnym uwzględnieniem tych sfer, z którymi miała kłopot większa liczba uczestników grupy.

Na końcu warto zaznaczyć, że prezentowany arkusz jest jedynie propozycją służącą do diagnozowania problemów emisji głosu u dorosłych oraz u dzieci. W zależności od celu badania można wybrać z niego określone sfery, które badający chce dokładniej diagnozować. Załączony do arkusza zestaw wyrazów, zdań oraz tekstów można wykorzystać do oceny poszczególnych problemów lub dodać własne propozycje. Arkusz jest w fazie eksperymentalnej. Docelowo, po modyfikacji, zakłada się stworzenie osobnej wersji arkusza dla dorosłych oraz dla dzieci, zawierającej: stosowny dla każdego etapu zbiór wyrazów, jak również instrukcję i zasady przydzielania punktów w zadaniach. Równolegle trwają prace nad arkuszem oceny emisji głosu śpiewanego.

Karta diagnozy emisyjnej (wersja testowa)

Nazwisko: Imię:

Wiek: e-mail:

Wywiad ogólny

1. Informacje na temat badania foniatrycznego lub/i laryngologicznego (ewentualny opis zaburzeń dostrzeżonych przez lekarza).
.....
.....
2. Rodzaj wykonywanej przez badanego pracy: ocena charakteru mówienia (do jakiej liczby osób, jak długo: ile godzin dziennie, tygodniowo, czy stosowane są elementy nagłaśniające).
.....
.....
3. Warunki pracy (akustyka pomieszczenia, stres, warunki atmosferyczne).
.....
.....
4. Nałogi (papierosy, używki).
.....
.....
5. Stosowanie leków (np. hormonalnych).
.....
.....

Badanie szczegółowe

Ocena:

0 — problem czy zaburzenie nie występuje,

1 — niewielki stopień zaburzenia,

2 — umiarkowany stopień zaburzenia,

3 — silny stopień zaburzenia,

4 — bardzo silny stopień zaburzenia.

Sfera	Zadanie	Ocena					Uwagi
		0	1	2	3	4	
1	2	3	4	5	6	7	8
Samoocena	1. Ocena swojego głosu.						
	2. Męczliwość podczas mówienia.						
	3. Kłopoty z oddychaniem.						
	4. Trudności głosowe.						
	5. Ból podczas mówienia (napięcie krtani lub nieprawidłowy oddech).						
Postawa	stojąca						
	1. Usztywnienie ciała, napięcia (określenie występowania miejsca napięć — obręcz barkowa, szyja, brzuch, uda, pośladki itp.).						
	2. Nadmierne unoszenie głowy do góry (unoszenie brody do góry).						
	3. Nadmierne opuszczanie głowy do brody.						
	4. Zbalansowanie (równomierne rozłożenie ciężaru ciała).						
	5. Układ kręgosłupa (nadmierne garbienie się lub wypychanie brzucha, zbytne prostowanie się).						
	6. Mowa ciała i gestykulacja (dodatkowe gesty itp.).						

1		2	3	4	5	6	7	8
Postawa	siedząca	1. Usztywnienie ciała, napięcia (określenie występowania miejsca napięć — obręcz barkowa, szyja, brzuch, uda, pośladki itp.).						
		2. Nadmierne unoszenie głowy do góry (unoszenie brody do góry).						
		3. Nadmierne opuszczanie głowy do brody.						
		4. Zbalansowanie (rozłożenie równomierne ciężaru ciała, ułożenie obu nóg tak, aby dotykały podłoża).						
		5. Układ kręgosłupa (nadmierne garbienie się lub wypychanie brzucha, zbytne prostowanie się).						
		6. Mowa ciała i gestykulacja (dodatkowe gesty itp.).						
Artykulacja		1. Wymowa prostych wyrazów: jedno- i wielosylabowych (poprawna ich artykulacja). Dla zaawansowanych wymowa trudnych wyrazów.						
		2. Wymowa zdań.						
		3. Wymowa samogłosek.						
		4. Wymowa opozycji spółgłoskowych (dźwięczna — bezdźwięczna).						
		5. Stosowanie uproszczeń grup spółgłoskowych						
		6. Wymowa nosówek: — na końcu wyrazu, — przed głoskami szczelinowymi, — przed zwarto-wybuchowymi, — przed zwarto-szczelinowymi, — przed półotwartymi.						
		7. Wymowa łańcuchów.						
		8. Ewentualne wady wymowy.						

1	2	3	4	5	6	7	8
Rezonans	1. Rezonator głowowy (drgania na czubku głowy, w policzkach, wargach, zatokach przynosowych, odpowiednie wykorzystanie nasady).						
	2. Rezonator klatki piersiowej (czy głos nie jest zbyt ostry i piskliwy).						
Prozodia	1. Naśladowanie wzorców akcentowania (poprawny akcent wyrazów).						
	2. Akcentowanie części zdania.						
	3. Zachowywanie właściwego tempa czytanego tekstu.						
Oddychanie	1. Oddychanie w spoczynku (spłycone, szybkie, nieregularne, krótka faza wydechu).						
	2. Oddychanie podczas mówienia (podparcie oddechowe, umiejętne dysponowanie powietrzem, obserwacja brzucha i jego nadmiernego wciągania bądź wypychania).						
	3. Długość wydechu podczas emisji s.						
	4. Długość wydechu podczas emisji serii s.						
	5. Pobór powietrza adekwatny do wypowiedzianej frazy (pobieranie zbyt dużej lub zbyt małej ilości powietrza).						
	6. Oddech bezgłośny, bezszmerowy.						
	7. Odpowiedni pobór powietrza (spoczynkowe — nosem, dynamiczne — nosem i ustami).						
	8. Mówienie nawet wówczas, gdy brakuje powietrza (fonacja na resztkach oddechu).						

1	2	3	4	5	6	7	8
	9. Ocena toru oddechowego (ruchów ramion, klatki piersiowej — jej przedniej i tylnej części, dolnej części żeber itp.).						
	10. Nosowanie.						
Motoryka aparatu artykulatoryjnego	1. Ocena pracy warg.						
	2. Zgryz (ocena poprawnego zgryzu).						
	3. Praca języka (kierowanie języka do kąćków warg, do nosa i brody, dotykane językiem palca).						
	4. Praca podniebienia miękkiego (unoszenie się podniebienia podczas emisji <i>a</i> oraz serii <i>a</i>).						
	5. Szczękościsk (ocena szczękościsku).						
Głosowe przedstawienie tekstu	1. Nastawienie głosu (twarde, miękkie, chuchające).						
	2. Długość fonacji (odpowiednia, zbyt krótka).						
	3. Natężenie głosu podczas mówienia (zbyt słabe lub zbyt silne).						
	4. Czy głos brzmi naturalnie (bez szmerów, chrypki).						
	5. Modulacja głosu (czy głos jest odpowiednio modulowany).						
	6. Rytm (czy jest zachowany odpowiedni rytm podczas czytania).						
	7. Dykcja (poprawna, mówienie niewyraźne, niestaranne).						

Bibliografia

- MARKOWSKI A., red., 2002: *Słownik poprawnej polszczyzny*. Warszawa, PWN.
- MIRECKA U., GUSTAW K., 2006: *Skala dyzartrii. Wersja dla dzieci*. Wrocław, Continuo.
- WALCZAK-DELEŻYŃSKA M., 2001: *Aby język giętki... Wybór ćwiczeń artykulacyjnych od Tennera do Toczyńskiej*. Wrocław, Wydawnictwo PWST im. L. Solkiego w Krakowie Wydziału Zamiejscowe we Wrocławiu.
- WALENCIK-TOPİŁKO A., 2010: *Głos jako narzędzie*. Gdańsk, Harmonia.

Anna Guzy

Diagnosing voice emission problems

Summary

The article presents a device for diagnosing problems with voice emission (a diagnosis sheet). The sheet is a modification of currently existing diagnosing devices, and it was supplemented with authorial propositions. The device is helpful in diagnosing problems and determining dysfunctions connected to body posture while speaking, the way of breathing, articulation and voice rendering of a text. The article comprises practical tips on how to work with the sheet. The diagnosis sheet can be utilized in work with both adult and child patients, and it can be used by speech therapists as well as voice emission coaches but also by teachers of Polish and those giving extra-curriculum classes (e.g. theatrical or recitation school clubs), to determine the patients voice quality.

Anna Guzy

Das Diagnostizieren von den Stimmemissionsproblemen

Zusammenfassung

In dem Artikel wird das dem Diagnostizieren von Stimmemissionsproblemen dienende Werkzeug — ein Diagnosebogen dargestellt. Der Bogen entstand in Folge der Modifizierung von anderen bisher vorhandenen diagnostischen Methoden, die mit eigenen Ideen der Verfasserin ergänzt wurden. Das Werkzeug hilft: verschiedene Probleme diagnostizieren, welche die mit: der Körperhaltung während des Sprechens, der Atmungsweise, der Artikulation und der Textäußerung verbundenen Dysfunktionen feststellen. Der Artikel beinhaltet praktische Hinweise für die Anwendung des Diagnosebogens sowohl bei erwachsenen Patienten wie auch bei Kindern. Der Bogen darf nicht nur von Logopäden oder Stimmemissionstrainern, sondern auch von Polonisten oder den zusätzliche Lehrveranstaltungen führenden Lehrern zur Stimmemissionsbestimmung verwendet werden.